

F A X (聴覚障がい者専用)

新型コロナウイルス感染症に係る相談票

現在の日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分
ふりがな	
あなたの氏名	
住 所	
自宅 Fax 番号	() -

感染が心配な人は誰ですか？	<input type="checkbox"/> 自分 性別 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) 年齢 (歳) <input type="checkbox"/> 家族 氏名 () 性別 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) 年齢 (歳) 続柄 ()
感染が心配な人についての質問です	1 体温は何度ですか？ _____ °C _____ 月 _____ 日頃から
	2 症状 <input type="checkbox"/> 咳 (せき) が出る (_____ 月 _____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 息苦しい (_____ 月 _____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 身体がだるい (_____ 月 _____ 日頃から) <input type="checkbox"/> においを感じない (_____ 月 _____ 日頃から) <input type="checkbox"/> 味がおかしい, わからない (_____ 月 _____ 日頃から) <input type="checkbox"/> その他症状がある (症状 : _____, _____ 月 _____ 日頃から)
	3 発症前 14 日以内に, 海外旅行 又は 国内旅行 に行きましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (場所 : _____) (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)
	4 感染した方 (疑いのある方) と接触又は接触した可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 又は わからない
	5 病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 呼吸の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 透析をしている <input type="checkbox"/> その他 (_____)
6 他に相談したいことがあったら, 書いてください。(何でもよいです)	

新型コロナウイルス感染症に係る FAX 連絡先

水戸市保健所 (帰国者・接触者相談センター)	FAX 番号 : 029-244-0157
受付時間 : 午前 9 時から午後 5 時まで (平日のみ実施)	

県庁 (帰国者・接触者相談センター)	FAX 番号 : 029-301-6341
受付時間 : 午前 8 時 30 分から午後 10 時まで (土日・祝日も実施)	